# Questionnaire EST

## TCM – Composition du ménage

TCM\_THL\_SIMPLE Tableau des habitants du logement

T\_NHAB En vous comptant, combien de personnes habitent dans le logement situé à l’adresse $ADR$ ?

THL\_PRENOM Prénoms des habitants du logement

THL\_DHL Caractéristiques de $PRENOM$

[LOGEMENT] T\_GENR Vous êtes… / $PRENOM$ est…

Une femme / Un homme / Autre réponse (Préciser)

[LOGEMENT] T\_GENR\_DET Comment définissez-vous votre genre ? / Comment est-ce que $PRENOM$ définit son genre ?

Texte libre

[REPONDANT SEULEMENT] T\_SEXE Quel était votre sexe déclaré à la naissance ? Féminin / Masculin

[REPONDANT SEULEMENT] ***SI T\_SEXE ≠ T\_GENRE et T\_GENRE\_DETAIL non rempli :* « Votre genre actuel n’est pas le même que le sexe déclaré à votre naissance. Pour confirmer ces réponses, appuyez de nouveau sur Suivant. »**

[LOGEMENT] T\_DATENAIS Quelle est votre date de naissance / la date de naissance de $PRENOM$ ?

[REPONDANT SEULEMENT] T\_LNAIS Où est né/e $PRENOM$ ?

[REPONDANT SEULEMENT] T\_DEPNAIS ***SI T\_LNAIS = France*** Dans quel département est né/e $PRENOM$ ?

[REPONDANT SEULEMENT] T\_PAYSNAIS ***SI T\_LNAIS = A l’étranger*** Dans quel pays est né/e $PRENOM$ ?

[REPONDANT SEULEMENT] T\_NATION Quelle est la nationalité de $PRENOM$ ?

[REPONDANT SEULEMENT] ***SI T\_NATION = Nationalité étrangère*** T\_NATIONETR Quelle est la nationalité étrangère de $PRENOM$ ?

THL\_FAM Liens familiaux avec les autres habitants du logement

LIENS Qui est $PRENOM$ par rapport à vous ?

[REPONDANT SEULEMENT] OR\_SEX Au sujet de votre orientation sexuelle, diriez-vous que vous êtes :

Hétérosexuel/Hétérosexuelle (personne qui a des relations sexuelles avec des personnes du sexe opposé) / [Selon la valeur de T\_GENRE : Homosexuel, gay/ Homosexuelle, lesbienne / Homosexuel(le)] (personne qui a des relations sexuelles avec des personnes du même sexe qu’elle-même) / Bisexuelle, pansexuelle (personne qui a des relations sexuelles avec des personnes des personnes des deux sexes) / Autre situation (Préciser) / Vous ne souhaitez pas répondre

[REPONDANT SEULEMENT] OR\_SEX\_DET ***Si OR\_SEX = 4*** Comment décririez-vous votre orientation sexuelle ?

Texte libre

TCM\_THL\_LDV : lieux de vie

[LOGEMENT] T\_UNLOG Vivez-vous / $PRENOM$ vit-il/vit-elle aussi dans un autre logement ? Oui / Non

[LOGEMENT] T\_DURLOG ***Si $T\_UNLOG$ = 1*** Combien de temps vivez-vous / $PRENOM$ vit-il/vit-elle dans le logement situé à l’adresse $ADR$ ? Masculin / Féminin

[LOGEMENT] T\_MINLOGENQ ***Si $T\_AGE$ < 18 et $T\_NBPARL$ = 0 (pas de parent dans le logement)*** Pour quelles raisons vivez-vous / $PRENOM$ vit-il / vit-elle dans le logement situé à l’adresse $ADR$ sans vos / ses parents ?   
Pour suivre votre / sa scolarité ou vos / ses études. / Pour des raisons de santé ou de handicap / Pour votre / son travail ou une formation professionnelle / Suite à une décision de l'aide sociale à l'enfance ou du juge des enfants / Pour une autre raison

[LOGEMENT] T\_MINLOGAUT ***Si $T\_AGE$ < 18 et $T\_UNLOG$ = 1*** L’autre logement dans lequel vous vivez est-il / Pour $PRENOM$, l’autre logement dans lequel il / elle vit est-il ? Le logement de votre (son) ou de vos (ses) parent(s) / Un logement que vous occupez (qu’il, qu’elle occupe) pour vos (ses) études. / Un logement que vous occupez (qu’il, qu’elle occupe) pour votre (son) travail ou une formation professionnelle. / Une résidence secondaire, un logement que vous occupez (qu'il, qu’elle occupe) pour des raisons de santé ou de handicap. / Un logement que vous occupez (qu’il, qu’elle occupe) suite à une décision de l'aide sociale à l'enfance ou du juge des enfants. / Un logement que vous occupez (qu'il, qu’elle occupe) pour une autre raison.

[LOGEMENT] T\_GARDE ***Si $T\_DURLOG$ = 2 et $T\_NBPARL$ = 1 et $T\_MINLOGENQ$ = 1*** Êtes-vous / $PRENOM$ est-il / est-elle en résidence alternée entre vos / ses deux parents ? Oui / Non

[LOGEMENT] T\_DORM ***Si $T\_GARDE$ = 1*** Où avez-vous / $PRENOM$ a-t-il / a-t-elle dormi la nuit dernière ? Dans le logement situé à l'adresse $ADR$. / Dans le logement de votre (son) autre parent.

[LOGEMENT] T\_MAJLOGENQ ***Si $T\_AGE$ > 17 et $T\_UNLOG$ = 1*** Pour vous / $PRENOM$, le logement situé à l’adresse $ADR$ est-il…   
Votre (Sa) résidence principale / Un logement que vous occupez (qu’il, qu’elle occupe) pour vos (ses) études. / Un logement que vous occupez (qu’il, qu’elle occupe) pour votre (son) travail ou une formation professionnelle. / Une résidence secondaire, un logement que vous occupez (qu'il, qu’elle occupe) pour le week-end, les vacances ou pour vos (ses) loisirs. / Le logement d'un ou de vos (ses) parent(s). / Un logement que vous occupez (qu'il, qu’elle occupe) pour une autre raison.

[LOGEMENT] T\_MAJLOGAUT1 ***Si $T\_MAJLOGENQ$ != 1*** L’autre logement dans lequel vous vivez est-il / Pour $PRENOM$, l’autre logement dans lequel il / elle vit est-il… Un logement que vous occupez (qu’il, qu’elle occupe) pour vos (ses) études. / Un logement que vous occupez (qu'il, qu’elle occupe) pour votre (son) travail ou une formation professionnelle. / Une résidence secondaire, un logement que vous occupez (qu'il/elle occupe) le week-end, les vacances ou pour vos (ses) loisirs. / Le logement d'un ou de vos (ses) parent(s) / Un logement que vous occupez (qu’il, qu’elle occupe) pour une autre raison.

[LOGEMENT] T\_MAJLOGAUT2 L’autre logement dans lequel vous vivez (Pour $PRENOM$, l’autre logement dans lequel il / elle vit) est-il… Votre (Sa) résidence principale / Un logement que vous occupez (qu’il / qu’elle occupe) pour vos (ses) études. / Un logement que vous occupez (qu'il, qu’elle occupe) pour votre (son) travail ou une formation professionnelle. / Une résidence secondaire, un logement que vous occupez (qu'il/elle occupe) le week-end, les vacances ou pour vos (ses) loisirs. / Le logement d'un ou de vos (ses) parent(s) / Un logement que vous occupez (qu’il/elle occupe) pour une autre raison.

[LOGEMENT] T\_TLOGCO L’autre logement dans lequel vous vivez est-il / Pour $PRENOM$, l’autre logement dans lequel il / elle vit est-il une chambre dans une structure collective (internat, résidence éudiante, foyer de l’enfance, foyer de jeunes travailleurs) ? Oui / Non

[LOGEMENT] T\_TYPLOGCO De quelle structure s’agit-il ? Un internat, une résidence étudiante ou un foyer d'étudiants / Un établissement pour personnes âgées (maison de retraite, Ehpad) / Un foyer ou une résidence sociale (CADA, structure gérée par Adoma...), foyer de réinsertion ou foyer de travailleurs / Une structure d'aide sociale à l'enfance ou de protection judiciaire / Une structure pour personne nécessitant des soins médicaux (hôpital, maison de repos, centre de rééducation) / Une caserne, un camp militaire / Une autre structure (prison, communauté religieuse, hébergement d'urgence ...)

# Partie 1 : État de santé

## État de santé (questions posées à tout le logement)

[LOGEMENT] HS1 Comment est votre état de santé général ?

Très bon / Bon / Assez bon / Mauvais / Très mauvais / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

[LOGEMENT] HS2 Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?

Oui / Non / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

[LOGEMENT] HS3 Êtes-vous limité, depuis au moins 6 mois, à cause d’un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

Oui, fortement limité / Oui, limité, mais pas fortement / Non, pas limité du tout / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

## Limitations fonctionnelles

[LOGEMENT] PL1 Portez-vous/$PRENOM$ porte-t-il/porte-t-elle des lunettes ou des lentilles de contact pour corriger votre vue ?

Très bon / Bon / Assez bon / Mauvais / Très mauvais / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

[LOGEMENT] PL2 Avez-vous des difficultés pour voir (, y compris avec vos lunettes ou lentilles) ?

Pas de difficultés / Quelques difficultés / Beaucoup de difficultés / Vous ne pouvez pas voir du tout / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

[LOGEMENT] PL3 Portez-vous/$PRENOM$ porte-t-il/porte-t-elle un appareil auditif ?

Très bon / Bon / Assez bon / Mauvais / Très mauvais / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

[LOGEMENT] PL4 Avez-vous des difficultés à entendre, même avec une ou des prothèse(s) auditive(s) si vous en avez ?

Pas de difficultés / Quelques difficultés / Beaucoup de difficultés / Vous ne pouvez pas voir du tout / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

[LOGEMENT] PL6 Avez-vous / PRENOM a-t-il / a-t-elle des difficultés à marcher 500 mètres sur terrain plat ou à monter des marches ?

Pas de difficultés / Quelques difficultés / Beaucoup de difficultés / Vous ne pouvez pas voir du tout / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

[LOGEMENT] PL7 Avez-vous / PRENOM a-t-il / a-t-elle des difficultés à vous souvenir de certaines choses, ou à vous concentrer ?

Pas de difficultés / Quelques difficultés / Beaucoup de difficultés / Vous ne pouvez pas voir du tout / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

[LOGEMENT] PL8 Avez-vous / PRENOM a-t-il / a-t-elle des difficultés à comprendre les autres ou à vous faire comprendre ?

*Ne pas tenir compte des différences de langue.*

Pas de difficultés / Quelques difficultés / Beaucoup de difficultés / Vous ne pouvez pas voir du tout / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

[LOGEMENT] PL9 Éprouvez-vous / PRENOM éprouve-t-il / éprouve -t-elle des difficultés à prendre soin de vous /de lui / d’elle, à vous /se laver ou à vous / s’habiller, par exemple ?

Pas de difficultés / Quelques difficultés / Beaucoup de difficultés / Vous ne pouvez pas voir du tout / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

[LOGEMENT] PL10 Avez-vous / PRENOM a-t-il / a-t-elle des difficultés psychiques ou psychologiques qui perturbent votre/sa vie quotidienne ?

Pas de difficultés / Quelques difficultés / Beaucoup de difficultés / Vous ne pouvez pas voir du tout / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

## Syndromes dépressifs

**Les prochaines questions vont revenir plus spécifiquement sur d’éventuelles difficultés d’ordre psychologiques que vous pourriez avoir.**

CANTRIL Comment jugez-vous votre vie sur une échelle de 0 à 10, où 10 représente la meilleure note possible ?

[0 à 10]

**Au cours de ces deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné par les problèmes suivants ?**

MH1A Avoir peu d’intérêt ou de plaisir à faire les choses

Jamais / Plusieurs jours / Plus de la moitié des jours / Presque tous les jours / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

MH1B Être triste, déprimé ou désespéré

Jamais / Plusieurs jours / Plus de la moitié des jours / Presque tous les jours / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

MH1C Avoir des difficultés à s’endormir ou à rester endormi, ou dormir trop

Jamais / Plusieurs jours / Plus de la moitié des jours / Presque tous les jours / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

MH1D Se sentir fatigué ou manquer d’énergie

Jamais / Plusieurs jours / Plus de la moitié des jours / Presque tous les jours / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

MH1E Avoir peu d’appétit ou manger trop

Jamais / Plusieurs jours / Plus de la moitié des jours / Presque tous les jours / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

MH1F Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d’être nul, d’avoir déçu sa famille ou s’être déçu soi-même

Jamais / Plusieurs jours / Plus de la moitié des jours / Presque tous les jours / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

MH1G Avoir du mal à se concentrer, par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision

Jamais / Plusieurs jours / Plus de la moitié des jours / Presque tous les jours / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

MH1H Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer, ou au contraire être si agité que vous avez du mal à tenir en place par rapport à d’habitude

Jamais / Plusieurs jours / Plus de la moitié des jours / Presque tous les jours / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

MH1I Penser qu’il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d’une manière ou d’une autre

Jamais / Plusieurs jours / Plus de la moitié des jours / Presque tous les jours / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

MH1Z A quel point ces problèmes ont-ils rendu votre travail, vos études, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout difficile(s) / Assez difficile(s) / Très difficile(s) / Extrêmement difficile(s) / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

## Suicide

**Avant de passer à un autre sujet, il reste quelques questions relatives aux pensées et comportements suicidaires que vous avez pu avoir par le passé.**

SU1 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ?

Oui / Non / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

SU2 Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?

Oui / Non / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

SU2BIS Est-ce que c’est arrivé dans les 12 derniers mois ?

Oui / Non / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

## Message de prévention sur la santé mentale

***Si SU1 = 1 ou SU2BIS = 1 et Mode = Téléphone :*** Pour faire face à ces problématiques, vous pouvez obtenir de l’aide. Il est important d'aborder dès que possible cette question avec un professionnel de santé ou en appelant le 3114 (l’appel est gratuit et confidentiel). Vous pouvez aussi vous trouver des informations et des contacts sur le site du ministère de la Santé.

***Si SU1 != 1 et SU2BIS != 1 et Mode = Téléphone :*** La santé mentale est un sujet qui peut affecter chacun de nous. Si vous en ressentez un jour le besoin, ou si vous voulez aider un de vos proches dans cette situation, vous pouvez appeler le 31 14 (numéro gratuit et confidentiel) pour obtenir de l’aide. Vous pouvez également en parler avec votre médecin généraliste. Vous pouvez aussi vous trouver des informations et des contacts sur le site du ministère de la Santé.

***Si SU1 = 1 ou SU2BIS = 1 et Mode = Internet :*** Pour faire face à ces problématiques, vous pouvez obtenir de l’aide. Il est important d'aborder dès que possible cette question avec un professionnel de santé ou en appelant le 3114 (l’appel est gratuit et confidentiel). Vous pouvez aussi vous référer à cette page (<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/que-faire-et-a-qui-s-adresser-face-a-une-crise-suicidaire>) pour obtenir plus d'informations.

***Si SU1 != 1 et SU2BIS != 1 et Mode = Internet :*** La santé mentale est un sujet qui peut affecter chacun de nous. Si vous en ressentez un jour le besoin, ou si vous voulez aider un de vos proches dans cette situation, vous pouvez appeler le 31 14 (numéro gratuit et confidentiel) pour obtenir de l’aide. Vous pouvez également en parler avec votre médecin généraliste. Vous pouvez aussi vous référer à cette (<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/que-faire-et-a-qui-s-adresser-face-a-une-crise-suicidaire>) pour obtenir plus d'informations."

## Pathologies

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une des maladies ou un des problèmes de santé suivants :**

Hépatite B

Hépatite C

VIH, sida

Maux de tête récurrents, migraines

Douleurs ou affection chronique du dos ou du bas du dos, telle que lombalgie, lumbago, sciatique

Douleurs ou affection chronique de la nuque ou des cervicales

***(si T\_SEXE = femme :)*** Endométriose

Covid long

Autre problème de santé ou pathologie (précisez :)

Réponses en Oui / Non (+ texte libre pour la modalité « Autre »)

# Partie 2 : Recours aux soins

## Médecin traitant

AM2 De quand date votre dernière consultation pour vous-même avec un médecin généraliste?

Il y a moins de 6 mois / Entre 6 mois et moins de 12 mois / Il y a 12 mois ou plus / Vous n’êtes jamais allé ni chez un médecin généraliste / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

***SI AM2 = 1 ou AM2 = 2*** TRA1 La dernière fois que vous avez consulté un médecin généraliste, était-ce votre médecin traitant ? Oui / Non

***Si TRA1 = 2 ou AM2 = 3, 4, 5, 6 ou NR*** TRA2 Avez-vous un médecin traitant ? Oui / Non

***Si TRA1 = 1 et TRA2 = 1*** TRA3 Pourquoi n’êtes-vous pas allé consulter votre médecin traitant la dernière fois ? Votre médecin traitant était remplacé / Votre médecin traitant n’était pas disponible à ce moment / Votre médecin traitant n’est plus en activité ou a déménagé / Vous avez déménagé trop loin de votre médecin traitant / Vous ne cherchez pas en priorité à consulter votre médecin traitant quand vous avez besoin de voir un médecin généraliste

***Si TRA2 = 2*** TRA4 Pourquoi n’avez-vous pas de médecin traitant ?

Vous ne pensez pas en avoir besoin / Votre ancien médecin traitant a cessé de pratiquer la médecine / Vous n’arrivez pas à trouver de médecin traitant autour de chez vous / Vous ne faites pas confiance aux médecins / Autre raison

## Recours psy

AM6B1 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté pour vous-même un professionnel de santé en lien avec votre état psychologique ?

Oui / Non / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

AM6B2 Quel(s) professionnel(s) de santé avec-vous consulté(s) en lien avec votre état psychologique ?

Un médecin généraliste / Un psychiatre / Un psychologue ou un psychothérapeute / Un autre professionnel de santé / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

## Aide reçue

LT2 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé, pour vous-même, des services de soins ou d’aide à domicile, en raison d’un problème de santé ?

Oui / Non / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

***SI LT2= « 1 »*** LT3 Au cours des 12 derniers mois, combien d’heures par semaine ont représenté les services de soins ou d’aide à domicile que vous avez reçus ?

LT1 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous régulièrement reçu de l’aide de vos proches ou de voisins dans votre vie quotidienne, en raison de votre âge ou de problèmes de santé ?

Oui / Non / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

LT1B Qui est par rapport à vous la personne (non-professionnelle) qui vous apporte le plus d’aide ?

Quelqu’un de votre famille / Une personne hors de votre famille / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

## Observance des traitements (groupe = 1)

***Si HS2 = 1 :***

OBS1 Suivez-vous un traitement pour vos maladies ou vos problèmes de santé chroniques ?

Oui / Non / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

***Si OBS1 = 1 :***

OBS2 Vous est-il arrivé au cours du mois dernier d’oublier de prendre votre traitement ?

Oui, à de nombreuses reprises / Oui, de temps en temps / Seulement une fois ou deux / Non, jamais

***Si OBS1 = 1 :***

OBS3 [En dehors de ces oublis,] diriez-vous que vous appliquez les recommandations de vos médecins à propos de votre traitement…

Le plus fidèlement possible / Assez fidèlement / Pas très fidèlement / Pas du tout

***Si OBS3 = 3 ou 4 :***

OBS4 Pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)

Vous n’êtes pas vraiment gêné" || $LIB\_E$ || " par votre maladie / Vous ne pensez pas que le traitement soit efficace / Votre traitement est trop désagréable ou cause trop d’effets secondaires / Vous n’avez pas les moyens de suivre votre traitement régulièrement / Autre raison

## Module renoncement aux soins

**UNX0** Dans la liste suivante, avez-vous eu besoin de certains de ces soins au cours des 12 derniers mois ? (plusieurs réponses possibles)

Consultation en lien avec votre état psychologique / Consultation avec un médecin généraliste / **Soins dentaires** / Consultation auprès d’un autre médecin spécialiste / **E**xamens médicaux demandés par un médecin / Autres types de soins

***Pour ceux qui sont cochés*** :

**UNX0BIS** Y a-t-il eu au cours des 12 derniers mois certains de ces soins que vous n’avez pas pu recevoir ?

Consultation en lien avec votre état psychologique / Consultation avec un médecin généraliste / **Soins dentaires** / Consultation auprès d’un autre médecin spécialiste / **E**xamens médicaux demandés par un médecin / Autres types de soins

***SI UNX1\_A = « 2 »*** Pour quelle(s) raison(s) n’avez-vous pas pu recevoir ces consultations en lien avec votre état psychologique ?

Vous n’en aviez pas les moyens

Vous ne trouviez pas de rendez-vous

Vous n’aviez pas le temps en raison de vos obligations personnelles

Vous deviez vous rendre trop loin de chez vous pour recevoir ces soins

Vous ne saviez pas où recevoir ces soins

Vous aviez peur des réactions de votre entourage

Vous aviez peur de la façon dont vous alliez être pris en charge

Une autre raison

***SI UNX1\_B = « 2 »*** Pour quelle(s) raison(s) n’avez-vous pas pu voir un médecin généraliste ?

Vous n’en aviez pas les moyens

Vous ne trouviez pas de rendez-vous

Vous n’aviez pas le temps en raison de vos obligations professionnelles ou familiales

Vous deviez vous rendre trop loin de chez vous pour recevoir ces soins

Vous ne saviez pas où recevoir ces soins

Vous aviez peur des réactions de votre entourage

Vous aviez peur de la façon dont vous alliez être pris en charge

Une autre raison

***SI UNX1\_C = « 2 »*** Pour quelle(s) raison(s) n’avez-vous pas pu recevoir ces soins dentaires ?

Vous n’en aviez pas les moyens

Vous ne trouviez pas de rendez-vous

Vous n’aviez pas le temps en raison de vos obligations professionnelles ou familiales

Vous deviez vous rendre trop loin de chez vous pour recevoir ces soins

Vous ne saviez pas où recevoir ces soins

Vous aviez peur des réactions de votre entourage

Vous aviez peur de la façon dont vous alliez être pris en charge

Une autre raison

***SI UNX1\_D = « 2 »*** Pour quelle(s) raison(s) n’avez-vous pas pu voir ces médecins spécialistes ?

Vous n’en aviez pas les moyens

Vous ne trouviez pas de rendez-vous

Vous n’aviez pas le temps en raison de vos obligations professionnelles ou familiales

Vous deviez vous rendre trop loin de chez vous pour recevoir ces soins

Vous ne saviez pas où recevoir ces soins

Vous aviez peur des réactions de votre entourage

Vous aviez peur de la façon dont vous alliez être pris en charge

Une autre raison

***SI UNX1\_E = « 2 »*** Pour quelle(s) raison(s) n’avez-vous pas pu réaliser ces examens médicaux demandés par un médecin ?

Vous n’en aviez pas les moyens

Vous ne trouviez pas de rendez-vous

Vous n’aviez pas le temps en raison de vos obligations professionnelles ou familiales

Vous deviez vous rendre trop loin de chez vous pour recevoir ces soins

Vous ne saviez pas où recevoir ces soins

Vous aviez peur des réactions de votre entourage

Vous aviez peur de la façon dont vous alliez être pris en charge

Une autre raison

***SI UNX1\_F = « 2 »*** Pour quelle(s) raison(s) n’avez-vous pas pu recevoir ces autres types de soins ?

Vous n’en aviez pas les moyens

Vous ne trouviez pas de rendez-vous

Vous n’aviez pas le temps en raison de vos obligations professionnelles ou familiales

Vous deviez vous rendre trop loin de chez vous pour recevoir ces soins

Vous ne saviez pas où recevoir ces soins

Vous aviez peur des réactions de votre entourage

Vous aviez peur de la façon dont vous alliez être pris en charge

Une autre raison

## Discriminations dans les soins

***A TOUS***

DISC1Au cours des 5 dernières années, pensez-vous avoir subi des traitements inégalitaires ou des discriminations ? Cela peut s’être produit dans l’emploi, le logement, chez un professionnel de santé, à l’hôpital, à l’école, dans les administrations, dans la rue, etc.

Souvent / Parfois / Jamais

***Si DISC1 = 1 ou 2***

DISC2 D’après vous était-ce plutôt à cause… (plusieurs réponses possibles)

De votre âge / De votre sexe ou votre identité de genre / De votre état de santé ou un handicap / De votre couleur de peau / De vos origines ou de votre nationalité / Du lieu où vous vivez, de la réputation de votre quartier / De votre orientation sexuelle / De votre religion / De votre poids / D’un autre motif / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

***Si DISC1 = 1 ou 2***

DISC3 Où cette expérience (ou ces expériences) s’est-elle produite (se sont-elles produites) ?

Dans une situation professionnelle (recherche de stage ou d’emploi, sur le lieu de travail…) / Lors de la recherche d’un logement / Chez un professionnel de santé ou à l’hôpital / Dans vos rapports avec une administration ou service public (mairie, poste, France Travail, etc) / Dans une autre situation

# Partie 3 : Déterminants individuels de la santé

## Activité professionnelle actuelle ou passée (TCM)

**Nous allons maintenant décrire votre situation professionnelle**

**T\_SITUAEU** Actuellement, quelle est votre situation principale ? En emploi / Au chômage (inscrit/e ou non à Pôle emploi) / Retraité/e ou préretraité/e / En incapacité de travailler en raison d’un handicap ou d’un problème de santé durable / En études / Homme/Femme au foyer / Dans une autre situation

**T\_TRAVAIL** ***(Si $T\_SITUAEU$ != 2)*** Avez-vous cependant un emploi ? Oui / Non

T\_EMPLOI = 1 si T\_SITUAEU = 1 ou T\_TRAVAIL = 1 ; T\_EMPLOI = 2 sinon

***Si $T\_EMPLOI$ = "1"*** IDENTIFICATION de la profession exercée et du SECTEUR D’ACTIVITE (activité principale uniquement si plusieurs activités en parallèle)

***Si $T\_EMPLOI$ = "1"* T\_CONTAC** Vous êtes en…

CDI ou fonctionnaire / CDD, intérim ou autre contrat de 3 mois ou plus / CDD, intérim ou autre contrat de moins de 3 mois / Contrat en alternance, stage / Dans une autre situation

***Si $T\_EMPLOI$ = "1"* T\_TPP** Vous travaillez …

À temps partiel / À temps complet

***Si $T\_EMPLOI$ = "2"***

**T\_ACTIVANTE** Avez-vous déjà travaillé par le passé, même pour un petit boulot, même s'il y a longtemps ? Oui / Non

***Si $T\_ACTIVANTE$ = "1"***

**T\_ACTIVANTEB**

Cette expérience professionnelle s'est-elle uniquement limitée à des petits boulots ? Oui / Non

***Si T\_EMPLOI = 2 et T\_ACTIVANTEB = 2 :***

IDENTIFICATION de la dernière profession exercée et du dernier SECTEUR D’ACTIVITE

## Durée de chômage

***Si situation professionnelle = Chômeur (inscrit(e) ou non à France Travail) :***

**DURCHOM** Depuis quand êtes-vous au chômage ?

Moins d’un an/Entre un et deux ans/Plus de deux ans

## Niveau de diplôme

**T\_TYPDIP** A ce jour, quel est le plus haut diplôme que vous possédez ?

***Si besoin de précisions :* T\_DIPINTAL** Quel est ce diplôme ou titre ?

## Origines des Répondants

[LOGEMENT] T\_LNAIS Où êtes-vous né/née / Où $PRENOM$ est-il né / est-elle née ? En France (métropole, DOM et COM) / à l’étranger

[LOGEMENT] T\_DEPNAIS ***Si $T\_LNAIS$ = 1*** Dans quel département êtes-vous né/née / $PRENOM$ est-il né / est-elle née ?

[LOGEMENT] T\_PAYSNAIS ***Si $T\_LNAIS $ = 2***  Dans quel pays êtes-vous né/née / $PRENOM$ est-il né / est-elle née ?

[LOGEMENT] T\_NATION Quelle est votre nationalité / la nationalité de $PRENOM$ ? (plusieurs réponses possibles) Française de naissance ou par intégration / Française par déclaration, naturalisation, option à votre majorité / Étrangère / Apatride (pas de nationalité)

T\_NATIONETR ***Si $T\_NATION$ = 3*** Quelle est votre nationalité étrangère / la nationalité étrangère de $PRENOM$ ?

***Si né.e à l’étranger :*** En quelle année êtes-vous arrivé.e en France ?

## # Traumatismes dans l’enfance (groupe = 1)

**Pendant vos 18 premières années :**

TRAUMA1 Jusque vos 18 ans, avez-vous été insulté, rabaissé ou menacé physiquement par vos parents ou d’autres adultes qui s’occupaient de vous ?

Jamais / Rarement / (Régulièrement /) Souvent / Très souvent

TRAUMA2 Jusque vos 18 ans, avez-vous été poussé, giflé ou blessé physiquement de toute autre façon par vos parents ou d’autres adultes qui s’occupaient de vous ?

Jamais / Rarement / (Régulièrement /) Souvent / Très souvent

TRAUMA3 Jusque vos 18 ans, un adulte ou une personne âgée d’au moins 5 ans de plus que vous a-t-il eu ou tenté d’avoir des contacts de nature sexuelle avec vous ?

## Nombre de pièces et surface du logement (groupe = 4)

T\_TYPLOG A quoi correspond le logement situé à l’adresse $ADR$ ?

T\_NPIECES Combien de pièces compte le logement situé à l’adresse $ADR$ ?

T\_SURFACE Quelle est la surface du logement situé à l’adresse $ADR$ ?

T\_SURFTR A combien estimez-vous approximativement la surface du logement situé à l’adresse $ADR$ ?

## # Conditions de logement (groupe = 4)

HUMID

Les murs ou les plafonds, en dehors de la salle de bains et des WC, sont-ils en mauvais état à cause de l’humidité ou de moisissures ?

Non, à aucun endroit / Oui, seulement dans quelques endroits / Oui, dans beaucoup d’endroits / NSP / Refus

BRUIT

Les bruits venant de l’extérieur (rue, voisinage, transport, etc…) sont-ils gênants pour les occupants de votre logement ?

Non / Un peu / Beaucoup / De façon insupportable / NSP / Refus

CONFTHER

Souffrez-vous de la chaleur dans votre logement ?

Oui / Non / NSP / Refus

## IMC

BM1 Quelle est votre taille (sans chaussures) en centimètres ?

BM2 Quel est votre poids actuel (sans vêtement et sans chaussures) en kilogrammes ?

## Temps de sommeil

***SI EMPLOI = OUI***

SOM1 Vous arrive-t-il d’avoir à travailler de nuit (entre 22h et 6h) ? Souvent / Parfois / Rarement / Jamais

SOM2a Les jours où vous travaillez, combien d’heures dormez-vous en moyenne par nuit ? Champ libre (heures/min)

SOM2b Les jours où vous travaillez, avez-vous l’habitude de faire des siestes ? Tous les jours ou presque / De temps en temps / Non

SOM2c Les jours où vous travaillez, combien de temps dormez-vous quand vous faites la sieste ? Champ libre (heures/min)

SOM3a Les jours où vous ne travaillez pas, combien d’heures dormez-vous en moyenne par nuit ? Champ libre (heures/min)

SOM3b Les jours où vous ne travaillez pas, avez-vous l’habitude de faire des siestes ? Tous les jours ou presque / De temps en temps / Non

SOM3c Les jours où vous ne travaillez pas, combien de temps dormez-vous quand vous faites la sieste ? Champ libre (heures/min)

***SI EMPLOI = NON***

SOM2a En semaine, combien d’heures dormez-vous en moyenne par nuit ? Champ libre (heures/min)

SOM2b En semaine, avez-vous l’habitude de faire des siestes ? Tous les jours ou presque / De temps en temps / Non

SOM2c En semaine, combien de temps dormez-vous quand vous faites la sieste ? Champ libre (heures/min)

SOM3a Le weekend, combien d’heures dormez-vous en moyenne par nuit ? Champ libre (heures/min)

SOM3b Le weekend, avez-vous l’habitude de faire des siestes ? Tous les jours ou presque / De temps en temps / Non

SOM3c Le weekend, combien de temps dormez-vous quand vous faites la sieste ? Champ libre (heures/min)

SOM4 Diriez-vous que vous avez un sommeil de bonne qualité ? Oui tout à fait / Oui, plutôt / Non, plutôt pas / Non, pas du tout

SOM5 Diriez-vous que vous manquez de sommeil ? Oui tout à fait / Oui, plutôt / Non, plutôt pas / Non, pas du tout

## Activité physique (groupe = 3)

***Si Emploi = 1*** ***:***

PE1 Quel type d’effort fournissez-vous dans votre activité professionnelle ?

Vous ne faites pas d’efforts physiques particuliers, vous êtes le plus souvent assis et statique)

Vous fournissez des efforts peu importants

Vous fournissez des efforts modérés

Vous fournissez des efforts importants

Vous ne souhaitez pas répondre

PE2 Au cours des 7 derniers jours, en dehors de votre travail, combien de jours avez-vous pratiqué une activité physique durant au moins une demi-heure ?

*Par exemple : de la marche, du vélo, des tâches ménagères, toute tâche plus intense*

0 à 7

***Si PE2 > 0*** ***:***

PE3 Plus précisément, au cours de ces 7 derniers jours, en dehors de votre travail, combien de jours avez-vous pratiqué une activité physique intense durant au moins une demi-heure ?

*Par exemple : du sport ou des travaux physiques provoquant essoufflement et augmentation du rythme cardiaque.*

0 à 7

## Espaces verts (groupe = 3)

Diriez-vous que vous avez un accès facile à des espaces verts (parcs, jardins, campagne…) ?

Oui tout à fait / Oui, plutôt / Non, plutôt pas / Non pas du tout / Vous ne souhaitez pas répondre

## Sédentarité (groupe = 3)

PE9\_TRAV Combien de temps passez-vous assis ou allongé en moyenne les journées où vous travaillez ?

PE9\_NONTRAV Combien de temps passez-vous assis ou allongé en moyenne les journées où vous travaillez ?

PE9\_NONEMP Combien de temps passez-vous assis ou allongé en moyenne au cours d’une journée ordinaire ?

## Sécurité alimentaire :

SEC1 Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de manquer de moyens au point d’être inquiet de ne pas avoir assez à manger ?

Oui, souvent / Oui, parfois / Oui, rarement / Jamais / NSP / Refus

SEC2 Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de ne pas avoir les moyens les moyens de manger des repas équilibrés ?

Oui, souvent / Oui, parfois / Oui, rarement / Jamais / NSP / Refus

SEC3 Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de devoir sauter des repas pour des raisons d’argent ?

Oui / Non / NSP Refus

***Si SEC3 = 1*** SEC4 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence en moyenne avez-vous sauté des repas pour des raisons d’argent ?

Au moins une fois par semaine / Au moins une fois par mois / Moins d’une fois par mois / NSP Refus

***Si SEC4 = 1, 2 ou 3*** SEC5 Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de passer une journée entière sans manger parce que vous manquiez d’argent ?

Oui / Non / NSP Refus

***Si SEC5 = 1*** SEC6 Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence en moyenne avez-vous passé une journée entière sans manger parce que vous manquiez d’argent ?

Au moins une fois par semaine / Au moins une fois par mois / Moins d’une fois par mois / NSP Refus

## Qualité de l’alimentation (groupe = 2)

ALIM1 Faites-vous attention à l’impact de ce que vous mangez sur votre santé ?

Oui beaucoup / Plutôt oui / Plutôt non / Non, pas du tout

ALIM2 Au sein de votre foyer, vous occupez-vous des achats alimentaires et de la préparation des repas ?

Oui la plupart du temps / Oui de temps en temps / Non pas souvent

***SI OUI***

ALIM3 Sur une échelle de 0 à 10, à quel point prenez-vous en compte les critères suivants lorsque vous achetez des produits alimentaires ?

ALIM3A Le prix 0 à 10

ALIM3B La simplicité de la préparation 0 à 10

ALIM3C La qualité 0 à 10

ALIM3D Le goût 0 à 10

## Littératie en santé (groupe = 1)

LS1 Diriez-vous que vous prenez soin de votre santé dans votre vie quotidienne ?

Oui tout à fait / Oui, plutôt / Non, plutôt pas / Non, pas du tout

LS2 Lorsque vous avez un problème de santé, est-il facile pour vous de savoir vers quel type de professionnel de santé vous tourner ?

Très facile / Plutôt facile / Plutôt difficile / Très difficile

LS3 Est-il en général facile pour vous de décrire à un médecin les problèmes de santé que vous pouvez avoir?

Très facile / Plutôt facile / Plutôt difficile / Très difficile

LS4 Les professionnels de santé que vous avez consultés lors des douze derniers mois ont-ils pris le temps de répondre à vos questions concernant votre santé ?

Oui tout à fait / Oui, plutôt / Non, plutôt pas / Non, pas du tout

LS5 Est-il en général facile pour vous de comprendre ce que vous disent les médecins à propos de votre état de santé ?

Très facile / Plutôt facile / Plutôt difficile / Très difficile

LS6 Est-il en général facile pour vous de comprendre les consignes de votre médecin ou de votre pharmacien sur la manière de prendre vos médicaments ?

Très facile / Plutôt facile / Plutôt difficile / Très difficile

## Soutien social

SS1 Combien de personnes sont-elles suffisamment proches de vous pour que vous puissiez compter sur elles en cas de graves problèmes personnels ?

Aucune / 1 ou 2 / 3 à 5 / 6 ou plus / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

SS2 Votre entourage montre-t-il de l’intérêt pour ce que vous faites ?

Oui, beaucoup d’intérêt / Oui, un certain intérêt / Vous ne pouvez pas le dire avec certitude / Non, peu d’intérêt / Non, pas du tout d’intérêt / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

SS3 Pouvez-vous obtenir facilement de l’aide de vos voisins en cas de besoin ?

Très facilement / Facilement / C’est possible / Difficilement / Très difficilement / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

## Aidants

IC1\_FR Apportez-vous des soins ou de l’aide, au moins une fois par semaine, à une ou plusieurs personne(s) souffrant de problèmes liés à l’âge, d’une maladie chronique ou d’une infirmité ?

Oui, à une personne / Oui, à plusieurs personnes / Non / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

IC2 Cette personne fait-elle partie de votre famille ?

Oui / Non / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

IC3 Durant combien d’heures par semaine apportez-vous des soins ou de l’aide à cette personne ?

Moins de 5 heures par semaine / De 5 heures à moins de 10 heures par semaine / De 10 heures à moins de 20 heures par semaine / De 20 heures à moins de 30 heures par semaine / De 30 heures à moins de 40 heures par semaine / 40 heures ou plus par semaine / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

## Tabac

SK2A Fumez-vous du tabac ?

*Cela n’inclut pas la chicha et le narguilé, ni la cigarette électronique.*

Oui, tous les jours / Oui, occasionnellement / Non, mais vous en avez fumé par le passé / Non, vous n’en avez JAMAIS fumé / Vous ne savez pas

***Si SK2A = 1 (oui TLJ)***

SK2B\_1Combien de cigarettes (en paquet, à rouler ou tubées), cigarillos, cigares, fumez-vous en moyenne ?

/\_\_/\_\_/ par jour

***SK2A=2 (oui occasionnellement)***

SK2B\_2Combien de cigarettes (en paquet, à rouler ou tubées), cigarillos, cigares, fumez-vous en moyenne ?

*(choisir la modalité qui vous correspond le mieux)*

/\_\_/\_\_/ par semaine

/\_\_/\_\_/ par mois

/\_\_/\_\_/ par an

***Si SK2A = 1 et 2***

OFDT2 Avez-vous déjà arrêté de fumer durant au moins un mois ?

Oui / Non / NSP

***Si OFDT2 = 1***

OFDT2a Quel âge aviez-vous la DERNIERE FOIS ou vous avez arrêté ?

|\_\_|\_\_| ans

***Si OFDT2 = 1***

OFDT2b La DERNIERE FOIS, combien de temps avez-vous arrêté de fumer ?

/\_\_/\_\_/ mois

/\_\_/\_\_/ années

NSP

***Si OFDT2 = 1***

OFDT2C Combien de fois aviez-vous essayé d’arrêter de fumer avant cette dernière tentative ?

/\_ \_/\_ \_/ fois.

***Si SK2A = 1***

SK4A Au total, depuis combien d’années diriez-vous que vous fumez quotidiennement ?

/\_\_/\_\_/ années

***Si SK2A = 2 ou 3***

SK3 Avez-vous déjà fumé du tabac quotidiennement… (hors cigarette électronique) ?

Oui, moins de 6 mois / Oui, entre 6 mois et 1 an / Oui, 1 an ou plus / Non, vous n’avez jamais fumé quotidiennement / NSP

***Si SK2A = 3***

OFDT3 À quel âge avez-vous arrêté de fumer ?

/\_ \_ /\_ \_ / ans

***Si SK2A = 1 (oui TLJ)***

**OFDT4.** La dernière fois que vous avez acheté du tabac pour votre consommation, c’était…

Dans un bureau de tabac en France / Dans un commerce de proximité en France hors bureau de tabac (épicerie...) ou dans la rue / Dans un commerce d'un pays étranger (hors duty-free) / En duty-free / Via une connaissance qui l’avait acheté pour vous en duty-free ou à l’étranger / Sur Internet / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

OFDT5 Utilisez-vous actuellement une cigarette électronique ?

Oui, tous les jours / Oui, occasionnellement / Non, mais vous en avez fumé par le passé / Non, vous n’en avez JAMAIS fumé / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

OFDT6 Utilisez-vous actuellement la chicha ou le narguilé ?

Oui, tous les jours / Oui, occasionnellement / Non, mais vous en avez fumé par le passé / Non, vous n’en avez JAMAIS fumé / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

## Alcool

AL1\_BIS Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé des boissons alcoolisées ?

Oui / Oui, mais seulement quelques gorgées / Non, jamais / Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

***SI AL1\_BIS = 1***

AL1\_FR\_modifiéeAu cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées ?

Tous les jours / Un ou plusieurs jours par semaine / Un ou plusieurs jours par mois / Moins souvent / Jamais / NSP

***SI AL1\_FR = 2***

AL2\_modifiée Généralement, combien de JOURS consommez-vous des boissons alcoolisées dans la Semaine ?

/\_ \_ / jours (1 à 7)

***SI AL1\_FR=3***

AL2\_modifiée Généralement, combien de JOURS consommez-vous des boissons alcoolisées dans le mois ?

/\_ \_ / jours (1 à 30)

***Si AL1\_FR\_modifiée = 1 ou 2 ou 3***

OFDT\_ALC 1. Combien de verres standard buvez-vous en moyenne les jours ou vous consommez de l’alcool ?

*(Un verre standard correspond à un verre de boisson alcoolisée servie dans un bar ou un restaurant : un demi de bière, un verre de vin, une coupe de champagne, une bolée de cidre, un verre de pastis ou de cocktail…)*

1 ou 2 verres / 3 ou 4 verres / 5 ou 6 verres / 7 à 9 verres / 10 verres ou plus

AL6\_FR\_modifiée Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de boire 6 verres standards ou plus au cours d’une même occasion

*(Un verre standard correspond à un verre de boisson alcoolisée servie dans un bar ou un restaurant : un demi de bière, un verre de vin, une coupe de champagne, une bolée de cidre, un verre de pastis ou de cocktail…)*

Tous les jours ou presque / Un ou plusieurs jours par semaine / Un ou plusieurs jours par mois / Moins d’un jour par mois / Jamais

OFDT\_ALC 2a. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ?

Oui / Non / NSP / NSPR

OFDT\_ALC 2b. Avez-vous déjà eu besoin d'alcool le matin pour vous sentir en forme ?

Oui / Non / NSP / NSPR

OFDT\_ALC 2c. Vous arrive-t-il de boire et de ne plus vous souvenir ensuite de ce que vous avez pu dire ou faire ?

Oui / Non / NSP / NSPR

## Drogues

**Nous allons maintenant parler du cannabis et d’autres drogues. Nous vous rappelons que vos réponses resteront totalement anonymes.**

CA1. Au cours de votre vie, avez-vous déjà consommé du cannabis ?

Oui / Non / NSP / NSPR

***Si CA1 = 1*** OFDT\_CAN1. À quel âge avez-vous fumé du cannabis pour la première fois ?

/\_\_/\_\_/ ans

Si vous ne savez plus, était-ce plutôt…

Avant 15 ans / Entre 15 et 17 ans / Entre 18 et 20 ans / Entre 21 et 30 ans / Après 30 ans

***Si CA1 = 1*** CA2. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, à quelle fréquence avez-vous consommé du cannabis ?

Tous les jours ou presque / Un ou plusieurs jours par semaine / Un ou plusieurs jours par mois / Moins souvent / Jamais / NSP

***SI CA2 =2*** OFDT\_CAN2A. Au cours des 7 DERNIERS JOURS combien de JOURS avez-vous consommé du cannabis ?

/\_\_ / jours (1 à 7)

***Si CA2 = 3*** OFDT\_CAN2B. Au cours des 30 DERNIERS JOURS combien de JOURS avez-vous consommé du cannabis ?

/\_\_ / jours (1 à 30)

***Si CA2 = 4*** OFDT\_CAN2C. Au cours des 12 DERNIERS MOIS combien de FOIS avez-vous consommé du cannabis ?

/\_\_ / fois

***Si CA2=1,2,3,4*** (environ 11 % des répondants)

OFDT\_CAN3Au cours des douze derniers mois…

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Jamais | Rarement | De temps  en temps | Assez  souvent | Très  souvent |
| Avez-vous fumé du cannabis **avant midi** ? | m | m | m | m | m |
| Avez-vous fumé du cannabis **lorsque vous étiez seul**(e) ? | m | m | m | m | m |
| Avez-vous eu des **problèmes de mémoire** quand vous fumiez du cannabis ? | m | m | m | m | m |
| Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils **dit** que vous devriez **réduire** votre consommation de cannabis ? | m | m | m | m | m |
| Avez-vous essayé de **réduire** ou d’arrêter votre consommation de cannabis **sans y arriver** ? | m | m | m | m | m |
| Avez-vous eu des problèmes **à cause de votre consommation** de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l’école…) ? | m | m | m | m | m |

OFDT\_Ill1. Au cours de VOTRE VIE, avez-vous déjà pris AU MOINS UN des produits suivants ?

Champignons hallucinogènes ; Cocaïne en poudre ; Héroïne ; MDMA (ecstasy) ; Amphétamines (speed) ; LSD (acides, buvard) ; Crack (cocaïne basée) ; Kétamine.

1. Oui
2. Non
3. Vous ne savez pas / Vous ne souhaitez pas répondre

***SI OFDT\_Ill1 = 1***

OFDT\_ILL. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, avez-vous déjà pris l’un des produits suivants ?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Une seule croix par ligne | OUI, une ou plusieurs fois par mois | | OUI, moins d'une fois par mois | | NON, pas au cours des 12 derniers mois | | Non, jamais | |
| Q1. Champignons hallucinogènes |  | |  | |  | |  | |
| Q2. Cocaïne en poudre |  | |  | |  | |  | |
| Q3. Héroïne |  | |  | |  | |  | |
| Q4. MDMA (ecstasy) |  | |  | |  | |  | |
| Q5. Amphétamine (speed) |  | |  | |  | |  | |
| Q6. LSD (acides, buvard) |  | |  | |  | |  | |
| Q7. Crack (cocaïne basée) |  | |  | |  | |  | |
| Q8. Kétamine |  | |  | |  | |  | |
|  | 1 | 2 | | 3 | | 4 | |

***SI Q1=2 (0,8 % des répondants)***

Q1B. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, combien de fois avez-vous pris des champignons hallucinogènes ? |\_|\_| fois

***SI Q2=2 (1,4 % des répondants)***

Q2B. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, combien de fois avez-vous pris de la cocaïne en poudre ? |\_|\_| fois

***SI Q3=2 (<0,05 % des répondants)***

Q3B. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, combien de FOIS avez-vous pris de l’héroïne ? |\_|\_| fois

***SI Q4=2 (1,2 % des répondants)***

Q4B. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, combien de FOIS avez-vous pris de la MDMA (ecstasy) ? |\_|\_| fois

***SI Q5=2 (0,3 % des répondants)***

Q5B. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, combien de FOIS avez-vous pris des amphétamines (speed) ? |\_|\_| fois

***SI Q6=2 (0,4 % des répondants)***

Q6B. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, combien de FOIS avez-vous pris du LSD ? |\_|\_| fois

***SI Q7=2 (0,1 % des répondants)***

Q7B. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, combien de FOIS avez-vous pris du crack ou de la cocaïne basée |\_|\_| fois

***SI Q8=2 (0,4 % des répondants)***

Q8B. Au cours des 12 DERNIERS MOIS, combien de FOIS avez-vous pris de la kétamine ? |\_|\_| fois

***SI Q1=1 (<0,05 % des répondants)***

Q1C. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, combien de JOURS avez-vous pris des champignons hallucinogènes ? |\_|\_| fois

***SI Q2=1 (0,6 % des répondants)***

Q2C. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, combien de JOURS avez-vous pris de la cocaïne en poudre ? |\_|\_| fois

***SI Q3=1 (0,2 % des répondants)***

Q3C. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, combien de JOURS avez-vous pris de l’héroïne ? |\_|\_| fois

***SI Q4=1 (0,3 % des répondants)***

Q4C. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, combien de JOURS avez-vous pris de la MDMA (ecstasy) ? |\_|\_| fois

***SI Q5=1 (0,2 % des répondants)***

Q5C. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, combien de JOURS avez-vous pris des amphétamines (speed) ? |\_|\_| fois

***SI Q6=1 (0,1 % des répondants)***

Q6C. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, combien de JOURS avez-vous pris du LSD ? |\_|\_| fois

***SI Q7=1 (0,2 % des répondants)***

Q7C. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, combien de JOURS avez-vous pris du crack ou de la cocaïne basée |\_|\_| fois

***SI Q8=1 (0,1 % des répondants)***

Q8C. Au cours des 30 DERNIERS JOURS, combien de JOURS avez-vous pris de la kétamine ? |\_|\_| fois

## Santé de l’enfant

INTRO\_ENF

***Si un seul enfant :***

Pour nous permettre de disposer d’informations sur la santé des personnes mineures, nous allons à présent vous poser quelques questions à propos de l’état de santé de [PRENOM ENFANT KISH].

***Si plusieurs enfants :***

Pour nous permettre de disposer d’informations sur la santé des personnes mineures, nous allons à présent vous poser quelques questions à propos de l’état de santé d’un de vos enfants, sélectionné(e) aléatoirement : [PRENOM ENFANT KISH].

ENF1A (taille) :

Combien mesure [PRENOM] ?

\_ m \_\_ cm

ENF1B (poids)

Combien pèse [PRENOM] ?

\_\_ kg

**Activité physique**

ENF2A

[PRENOM] est-il/elle inscrit/e à une activité sportive en dehors de l’école ?

Oui, plusieurs fois par semaine / Oui, une fois par semaine / Non

ENF2B

À quelle fréquence [PRENOM] joue-t-il habituellement en plein air en dehors des horaires de classe ?

Moins d’une fois par semaine / Une ou deux fois par semaine / Au moins trois fois par semaine

Temps de sommeil

A quelle heure [PRENOM] se lève-t-il/elle en général les jours d’école ? \_\_h \_\_ min

A quelle heure [PRENOM] se lève-t-il/elle en général les jours sans école ? \_\_h \_\_ min

A quelle heure [PRENOM] se couche-t-il/elle en général avant les jours d’école ? \_\_h \_\_ min

A quelle heure [PRENOM] se couche-t-il/elle en général avant les jours sans école ? \_\_h \_\_ min

ENF3 (temps d’écran)

Combien de temps [PRENOM] passe-t-il en moyenne par jour à utiliser un smartphone ou devant un écran de télévision ou d’ordinateur ?

Les jours d’école ? \_ \_ heures

Les jours sans école ? \_ \_ heures

Alimentation

Au cours des douze derniers mois, y a-t-il eu des jours où [PRENOM] n’a pas pu manger à sa faim ?

Jamais / Moins d’un jour par mois en moyenne / Un jour par mois ou plus / NSP / Refus

Diriez-vous que [PRENOM] a accès à une alimentation équilibrée ?

Oui, le plus souvent / Oui, à peu près / Non

Au cours d’une semaine habituelle, combien de fois [PRENOM] prend-il un petit déjeuner le matin ?

Réponse Numérique entre 0 et 7

***Si l’enfant a 11 ans ou plus :***

[PRENOM] est-il vacciné contre le papillomavirus (HPV) ?

Oui / Non / Vous ne savez pas

Apprentissage de la nage

[PRENOM] sait-il/elle nager seul/e et sans équipements de protection (bouée, brassards…) ?

Oui, très bien / Oui, assez bien / Non, pas très bien / Non, pas du tout / Il/Elle n’a jamais essayé de nager